CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

SON ÉVOLUTION DURANT LA GROSSESSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ENTÉRO-COLITE

MUCO-MEMBRANEUSE

SON ÉVOLUTION DURANT LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Novembre 1907

PAR

François DARBOUX

Né à Barjac (Gard), le 8 janvier 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 FEB 10
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
SARDA ..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologique	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	N...
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, *président.*	MM. VEDEL, *agrégé.*
GRASSET, *professeur.*	GUERIN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de filiale et respectueuse reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

F. DARBOUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

F. DARBOUX.

A MES MAITRES

F. DARBOUX.

AVANT-PROPOS

Après avoir exposé devant nos Maîtres le travail suivant, qui fait l'objet de notre thèse inaugurale, nos études à proprement parler seront terminées.

Une vie nouvelle, vie souvent faite d'abnégation et d'obscur dévouement, s'ouvrira devant nous. Un seul devoir va nous rester, nous ne voudrions nous y dérober, car il sera vraiment doux pour nous de nous acquitter de la dette de reconnaissance que nous avons contractée durant les années qui viennent de s'écouler.

Si nous avons jusqu'à ce jour réussi à vaincre les difficultés que nous avons rencontrées sur notre route, c'est que sans cesse à nos côtés, guides tutélaires, des parents affectueux, des maîtres aimables avaient soin de nous aplanir les obstacles.

Notre jeunesse insouciante parfois, et souvent inconstante, n'a pas toujours su dédommager suffisamment nos parents des sacrifices qu'ils s'imposèrent.

Qu'ils veuillent bien nous permettre aujourd'hui de leur offrir ce faible gage de notre profonde et affectueuse reconnaissance.

Que nos Maîtres, qui nous ont intéressé à l'art de la médecine, nous ont familiarisé avec les diverses branches de cette science, veuillent bien accepter l'hommage de nos remercîments et notre vive gratitude.

Nous prions M. le professeur Rauzier de bien vouloir accepter plus particulièrement nos plus vifs remercîments pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant aujourd'hui la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ENTÉRO - COLITE

MUCO-MEMBRANEUSE

SON ÉVOLUTION DURANT LA GROSSESSE

CHAPRITRE PREMIER

HISTORIQUE ET DÉFINITION

Depuis le XVIIe siècle, l'entéro-colite muco-membraneuse paraît être connue, car dès cette époque certains médecins mentionnent et observent des concrétions membraniformes dans les selles de leurs malades.

Gabucinus et Plater ; Fernel en 1638 ; Lancisi et Van Swieten dans la suite, ne nous ont point laissé ignorer leurs constatations. Billard et Vallex observaient également cette affection.

Vers 1841, Gendrin le premier en expliqua la nature.

Quelque temps après, la question ne cessa d'intéresser Rilliet et Barthez, qui se consacraient à son étude.

Nous voyons apparaître en 1861 les fameuses « recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses » de Laboulbène à qui revient l'honneur et le mérite d'avoir nettement précisé et d'avoir mis les choses au point, en séparant les muco-membranes des membranes diphtéritiques.

Enfin, en 1868, Siredey et Guyot complétaient l'œuvre commencée par le précédent et, grâce à leurs recherches et à leurs observations, isolaient et différenciaient parfaitement cette affection, dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

Nombreuses ont été les définitions que l'on a données de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Pour Van Swieten, cette affection devait être dénommée diarrhée glutineuse ; pour Nonat, entérite glaireuse : pour Good, diarrhée tubulaire ; pour Witehead, affection muqueuse de l'intestin ; pour De Costa, entérite membraneuse ; pour Goss, affection membraneuse de l'intestin : pour Powel, affection douloureuse de l'intestin ; pour Clamens, croup intestinal ; pour Gigot-Suard, perpétide exfoliatrice ; pour Nottnägel, colique muqueuse : pour Granthans, diarrhée fibrineuse ; pour Wannebrourg, entérite interstitielle ; pour G. Sée, entérite mucino-membraneuse ; pour Ozenne, colite pseudo-membraneuse, etc.

Quoi qu'il en soit, de toutes ces diverses appellations et de ces variations dans la compréhension des phénomènes, il n'en reste pas moins prouvé et certain, après toutes les recherches faites jusqu'à ce jour, que la muco-membrane résume à elle seule toute la maladie.

Aussi nous rallions-nous franchement à la définition

donnée par Mathieu (Bouchard et Brissaud, *Traité de médecine*, tome IV).

« On désigne sous ce nom une affection que caractérise le rejet par les selles de matières représentées surtout par du mucus, soit sous forme de glaires, soit sous forme de fausses membranes d'aspect variable, souvent rubanées ou tubulées. »

Quoique nous rangeant à cette définition, nous devons pourtant également mentionner deux autres importants facteurs qui doivent rentrer en ligne de compte dans le diagnostic de l'entéro-colite muco-membraneuse.

En premier lieu, la constipation, qui au dire de Mathieu serait le maître symptôme de l'entéro-colite muco-membraneuse ; car il ne faut pas avoir seulement, dit-il, des évacuations régulières, sans retard, sans accumulation dans le gros intestin, il faut encore que les selles soient suffisamment humectées.

Cette constipation a ceci de particulier, qu'elle est souvent, pour ne pas dire toujours, entrecoupée de débâcles diarrhéiques.

En second lieu, des crises douloureuses paroxystiques, faisant éprouver aux malades les sensations les plus diverses.

Variables sont les aspects sous lesquels les muco-membranes s'offrent à nous. Ces glaires que rend le malade dans l'entéro-colite muco-membraneuse sont toujours en quantité variable et diffèrent également suivant la qualité.

Laboulbène aurait vu un malade remplir de muco-membranes un vase de nuit tout entier. Mais, dans la pratique journalière, on remarque que l'expulsion des membranes ne se produit qu'en petite quantité à la fois, souvent à la suite d'une crise, d'autres fois sans crise.

L'aspect en varie souvent : chez les uns, on dirait des anneaux de tœnia ; chez d'autres, elles prennent la forme de rubans aplatis ; on les a vues affecter la forme de pâtes ou de vermicelles ; dans certains cas, on les a prises pour des oxyures ou des ascarides. Mais, en général, ces muco-membranes, comme le disent si bien les malades, ont l'aspect de peaux ou de glaires agglutinées sur leurs déjections. On les a vues quelquefois striées de sang.

Lyon considère que la muco-membrane doit se présenter sous forme de glaires, mais qu'à la suite de la stase, de son séjour prolongé dans l'intestin, elle opère sa transformation et prend l'aspect membraneux sous lequel nous la voyons.

Jamais l'examen microscopique n'a décelé de fibrine dans ces muco-membranes ; on y aurait constaté la présence d'une fibrine spéciale (Soupault), de cellules dégénérées, de sels minéraux et de graisse.

Potain explique la forme rubanée en ce sens que les concrétions se forment sur les bandes longitudinales qui suivent le côlon, et que les matières contenues dans l'intestin les balaient.

La constipation est toujours de règle dans l'entérocolite muco-membraneuse. C'est le premier symptôme qui apparaît, avons-nous dit, celui qu'il nous faut toujours rechercher et que nous trouvons invariablement dans les antécédents des malades.

Toutefois, après des périodes de constipation opiniâtre, nous voyons succéder de véritables débâcles diarrhéiques, qui laissent de nouveau la place à une nouvelle ère de constipation.

Néanmoins, au milieu de ces matières fluides, en les examinant de près, il est bien rare que l'on ne trouve pas

des parcelles de matières dures, de véritables scyballes dont tous les auteurs ont parlé.

A ce propos, M. Dieulafoy a constaté parfois de la diarrhée avec ou sans borborygmes, d'une odeur repoussante, d'une véritable fétidité, qui se manifeste surtout après les repas.

Les matières sont dures, sèches, offrant l'aspect de boulettes plus ou moins grosses et représentant le moule dans lequel elles ont été contenues, la forme des parois intestinales contre lesquelles elles ont plus ou moins longtemps adhéré.

La douleur ne manque également jamais dans l'entérocolite muco-membraneuse. Plus forte chez les uns, plus sourde chez les autres, elle n'en existe pas moins.

Les caractères suivant les sujets sont éminemment variables : les uns la comparent à des brûlures, d'autres à des tiraillements. Pour d'aucuns, ce sont de véritables coliques que l'on peut voir survenir à toute heure, mais plus particulièrement quelque temps après les repas. On a même vu des crises accompagnées de fièvre faire croire chez certains malades que l'on avait affaire à des crises de péritonite ou d'appendicite. Nous devons signaler pourtant que dans quelques cas la douleur peut faire défaut.

Quoique la constatation des muco-membranes permette à elle seule d'affirmer la maladie, nous ne devons pas laisser dans l'oubli, après les divers symptômes que nous venons de passer en revue, les signes physiques qui ont également leur intérêt.

En effet, nous constatons que l'abdomen est presque toujours flasque, distendu, déprimé, retombant en avant, ce qui indique bien la ptose et le relâchement du côté des

viscères abdominaux. Rarement nous avons vu la paroi résistante ou distendue.

Si l'on palpe le ventre, il se laisse facilement déprimer, enfoncer même : la résistance et la tonicité semblent complètement abolies et anéanties, c'est cette sensation particulière que l'on perçoit que Langenhagen a défini sous le nom « d'intestin chiffon. »

Dans d'autres circonstances, comme l'a constaté Fleiner, le ventre offre des zones dures, résistantes, caractéristiques du spasme.

Parfois, une palpation méthodique et attentive peut faire sentir les matières accumulées dans l'intestin, surtout au niveau de l'S iliaque, et enfin il est des cas où l'on peut percevoir la corde colique de Glénard.

Nous devons mentionner que généralement des phénomènes nerveux nettement marqués et d'intensité variables, suivant le tempérament et le caractère des malades, tels que palpitations, bourdonnements, tremblements, vertiges, névropathie même, etc., viennent s'ajouter au tableau.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

En consultant les diverses statistiques, il nous est facile de nous rendre compte que l'entéro-colite muco-membraneuse frappe plus souvent les femmes que les hommes : sur 460 malades, Bottentuit relève 250 cas féminins ; Litter établit la proportion de 80 cas chez les femmes pour 100 ; Lagenhagen nous donne 71 p. 0/0. D'après Mathiéu, de tous les malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, le quart seulement aurait trait aux hommes. Nous-même, chez M. le professeur Hayem, à la consultation des maladies de l'estomac et de l'intestin, à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, avons relevé la proportion de 68 p. 0/0.

Cette affection, essentiellement chronique, a toujours un début plus ou moins obscur, début qui échappe toujours au malade qui ne se croit que constipé, lorsque soudain, certain jour, à la suite de quelque effort plus violent, de quelque malaise plus ou moins passager, de quelque trouble, quelquefois même instinctivement, il songe à exa-

miner ses matières fécales, et y trouve le corps du délit : la muco-membrane.

C'est alors que lui reviennent en mémoire les douleurs ressenties depuis longtemps, dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, autour de l'ombilic, sur le trajet du côlon, les pesanteurs, nausées qui depuis longtemps ne cessaient de le fatiguer.

Il analyse alors ces différents symptômes, et, étape par étape, peut nous faire remonter, si sa mémoire lui est fidèle, à quelques mois près, au début de la maladie.

De passionnelles discussions, qui ont fait verser des flots d'encre et qui ont parfois mis en opposition des maîtres éminents, se sont déroulées autour de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Sans entrer dans des détails que ne comporte pas le plan de ce travail, nous allons nous borner ici à énumérer et exposer en quelques mots les principales théories auxquelles a donné jour l'entéro-colite muco-membraneuse :

1° La théorie qui attribue l'entéro-colite muco-membraneuse à des troubles dans les fonctions gastriques.

2° Celle qui met en jeu le rôle des ptoses des viscères.

3° Celle qui incrimine l'origine infectieuse.

4° Celle qui accuse les infections génitales.

5° Celle qui attribue les troubles à la névrose.

6° Celle qui met en ligne de compte de simples phénomènes mécaniques.

7° Celle qui estime que l'entéro-colite muco-membraneuse est due à une représentation mentale défectueuse.

a) Comme d'ailleurs tous ceux qui ont observé l'entéro-colite muco-membraneuse, nous avons souvent constaté que, dans cette affection, les fonctions gastriques étaient dans la majorité des cas troublées et perverties.

MM. Bouchard et A. Robin se sont montrés les plus ardents partisans de cette théorie. Le premier est d'avis que les résidus d'une digestion viciée peuvent irriter la muqueuse intestinale, et par conséquent provoquer et perpétuer un état catarrhal, produit par de la constipation, de la douleur, de l'inflammation, et enfin du rejet de fausses membranes.

Pour le second, ce ne serait autre chose qu'une variété particulière de dyspepsie gastrique, avec foie augmenté de volume, caractérisée par certains symptômes particuliers. En un mot, c'est le tableau de l'hypersécrétion ou de l'hyperchlorhydrie.

Nous ne pouvons passer sous silence que Mathieu avait pensé à cette théorie, en notant qu'il avait trouvé autant de cas où il y avait de l'hyperacidité que d'hypoacidité.

b) La seconde théorie que nous mentionnons, si bien soutenue par M. Glénard en 1885, met en jeu et comme principal facteur le rôle de la ptose et surtout de l'entéroptose, occasionnée par des troubles gastriques et hépatiques.

Sous un certain côté, nous pourrions rattacher cette théorie à la précédente, car l'hépatisme de M. Glénard entretiendrait une maladie de la nutrition qui entraînerait fatalement à son tour de la ptose et surtout de l'entéroptose.

MM. Potain et Boas ont vérifié et se sont assurés de l'entéroptose. Potain également et Mathieu, de la néphroptose. Pour G. Lyon, colite et ptose ont la même cause.

On ne peut nier l'extrême fréquence des ptoses chez les malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse.

c) L'origine infectieuse de l'entéro-colite, attribuant à des cocci spécifiques ou non tous les troubles de cette af-

fection, a été soutenue par MM. Hutinel, Comby, Thiercelin, et en dernier lieu par M. Combe.

d) Nonat en 1860; ensuite Litten, Monod, Blondel, Reynès ont recherché le rôle des affections génitales comme cause d'entéro-colite, et ont essayé de prouver que l'infection venant de l'utérus et de ses annexes était favorisée par la résorption et la stase, car les lymphatiques utérins, comme l'ont montré Poirier, Moreau et Sappey, communiquent largement avec ceux du rectum, et de là gagnent l'intestin.

e) Weber en 1894 accusa le rein mobile d'agir sur l'intestin d'une façon réflexe. Dujardin-Beaumetz et Blondel incriminèrent une névrose sécrétoire de l'intestin. M. H. Mathieu allant plus loin dans l'étude de cette cause, et l'examinant plus à fond, admit, sans nier le déplacement du rein comprimant l'intestin, que les tiraillements des nerfs du pédicule rénal avaient une certaine influence sur le réseau des nerfs de l'abdomen et étaient cause de véritables troubles nerveux.

Soupault et Jouaust en 1904 ont, apportant des preuves à l'appui, montré qu'il y avait un phénomène réflexe qui se transmettait de divers viscères à l'intestin, et qui était la cause de la stase primitive et ensuite de l'hypersécrétion.

MM. Debove, Bernard, Legendre, se sont rangés du côté de la théorie nerveuse avec quelques variantes dans leur conception.

Pour G. Lyon, l'entéro-colite muco-membraneuse serait due aux troubles du grand sympathique abdominal, influencé soit directement, soit à distance.

f) A son tour, M. Alglave prétendit que seulement le rein coudant l'intestin devait être accusé des phénomènes morbides de l'entéro-colite.

M. Hayem attribua à la coudure du côlon transverse la constipation opiniâtre, d'origine mécanique, tous les désordres de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Pour Sée, l'atonie intestinale serait seule la cause de cette affection, due à la constipation.

g) Enfin, Dubois (de Berne) prétendit que l'entéro-colite muco-membraneuse serait due à une représentation mentale défectueuse, et, selon lui, il n'y aurait que le sens psychique de malade.

Cette théorie pourrait trouver place dans une division de la théorie nerveuse et classée sous la rubrique des névroses telles que hystérie, neurasthénie.

CHAPITRE III

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE DURANT LA GROSSESSE

Frappé par ces quelques lignes de Gaillard contenues dans le fascicule XVII du Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert (p. 47) : « Certains temps d'arrêt font croire à la guérison, mais bientôt les désordres reparaissent », l'idée nous vint de rechercher ces « temps d'arrêt ».

C'est du côté des femmes où la fréquence de l'entéro-colite muco-membraneuse n'est plus à discuter, que nous avons poussé nos investigations, et nous avons cherché quelle influence la grossesse, état propre à elles seules, pouvait avoir sur le processus de l'affection qui nous occupe.

Quoique pour les uns cette influence soit plutôt néfaste ; que pour d'autres l'affection n'apparaisse qu'à la suite des couches, il nous a paru utile de pousser plus au loin les recherches faites jusqu'à ce jour et d'aller

recueillir les renseignements que nous désirions, là où notre récolte ne pouvait être que fructueuse.

Aussi, nous trouvant à Paris lors de l'élaboration de ce travail, nous avons pu observer dans le service de M. le professeur Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, à la consultation faite par M. le Dr R. Bensaude, de nombreux cas d'entéro-colite muco-membraneuse. C'est en effet une de ces maladies que l'on observe plus fréquemment aux consultations et dans la clientèle, que dans les salles d'hôpital.

D'après nos recherches, il nous a paru que la grossesse pouvait peut-être bien rentrer dans les « temps d'arrêt », ainsi qu'en font foi les observations publiées à la fin de ce travail.

Ce ne sont point les malades qui nous faisaient défaut, mais leur mémoire, qui ne pouvait parfois donner que des renseignements trop vagues et peu explicites. Aussi n'avons-nous mentionné que les observations les plus claires, les plus sûres parmi le nombre.

A la suite de nos investigations, nous avons pu constater, en faisant subir un interrogatoire aux femmes atteintes d'entéro-colite muco-membraneuse, que presque toujours, lorsqu'elles avaient eu des enfants, leur affection déjà déclarée, leurs grossesses avaient été bonnes. A une certaine époque, toujours vers le milieu entre le quatrième et le cinquième mois, elles voyaient les symptômes de l'entéro-colite s'amender, leur maladie subir ce moment-là un véritable temps d'arrêt. Quelques-unes même se croyaient guéries ; nous citons dans l'observation X une femme qui désirait être enceinte pour ne pas souffrir.

Partant de là, une question se présenta tout d'abord à notre esprit, c'était de savoir par quel mécanisme la grossesse pouvait favorablement influencer la marche de l'en-

téro-colite muco-membraneuse et amender les symptômes morbides.

Nous n'ignorons pas que d'importantes modifications de l'état général et de presque tous les appareils apparaissent chez les femmes enceintes. Il nous a semblé que c'était dans ces modifications qu'il nous fallait rechercher la vraie cause de l'atténuation des phénomènes de l'entéro-colite muco-membraneuse durant la grossesse.

Les troubles digestifs de la gravidité sont en effet constants et nettement avérés. On observe souvent une excitation des fonctions digestives dans la seconde moitié de la grossesse. Les selles parfois se régularisent, et il nous semble que, si nous admettons les troubles dans les fonctions gastriques comme cause d'entéro-colite, nous ne serons nullement étonnés de voir se produire chez la femme gravide un arrêt dans la marche de l'affection.

En effet, l'appétit étant plus vif et la digestion plus facile dans les derniers mois de la grossesse, nous ne pourrons constater qu'une amélioration sensible dans l'ensemble des phénomènes que MM. Bouchard et A. Robin mettent en ligne de compte.

D'autres auteurs, que nous citons dans le chapitre précédent, ont mis en cause, comme nous l'avons vu, le rôle des ptoses dans la production de l'entéro-colite muco-membraneuse. Nous avons nous-même observé dans ces cas, qu'en soulevant avec les mains la masse viscérale, on procure à la malade une passagère sensation de bien-être.

Ce que nous faisons ainsi, la grossesse ne le produit-elle pas d'une façon constante au moyen de l'utérus ? Dès le quatrième mois, en effet, l'utérus ayant acquis le volume d'un œuf d'autruche ne commence-t-il pas à soulever et à maintenir les viscères ?

Plus la grossesse avance en âge, plus cette contention douce et progressive se fait sentir, et la malade, fatalement, se sent soulagée et voit de jour en jour diminuer son affection morbide.

Aux partisans de la théorie des réflexes nerveux, nous faisons remarquer que les mêmes phénomènes que nous venons d'exposer ne peuvent également qu'influencer favorablement la marche de la maladie durant la grossesse. Non seulement toute ptose se trouve supprimée à un certain moment, mais encore, grâce à ce soulèvement de la masse viscérale, le grand sympathique n'est plus tiraillé, les plexus ne sont pas étirés, les troubles réflexes de la sécrétion intestinale tendent alors à disparaître. Il ne peut se produire d'autre phénomène que de l'amélioration dans l'état de notre malade enceinte.

Quant aux partisans de la théorie nerveuse pure, qui mettent l'entéro-colite sur le compte de la névrose seule et intrinsèque, nous pouvons leur répondre que, dans la grossesse, le système nerveux ne manque jamais d'être impressionné. Nous voyons des changements se produire du côté de l'esprit, du côté de l'intelligence et des diverses facultés. Combien en remarquons-nous de ces nerveuses, chez qui la grossesse vient apporter une influence heureuse, un calme bienfaiteur, réparateur, en modérant, en faisant parfois disparaître un état nerveux chronique, une véritable névrose qui tendait auparavant à dominer chez la malade.

M. Alglave prétend que l'entéro-colite muco-membraneuse est due à la coudure de l'intestin par le rein. M. Hayem l'attribue à la coudure intestinale en U ou en V du côlon transverse qui provoquerait la constipation purement mécanique habituellement cause du syndrome abdominal.

Nous nous permettons de faire constater que vers le quatrième ou cinquième mois de la grossesse, au fur et à mesure que l'utérus augmente de volume et accentue son mouvement ascensionnel dans la cavité abdominale, son fond vient se mettre en rapport avec les anses grêles de l'intestin et ensuite du côlon transverse. Il a alors tendance à contrebalancer l'angle que la pression du rein fait subir à l'intestin, ou produit par toute autre cause.

Cette coudure tendant alors à se supprimer, les matières contenues circulent plus facilement, plus aisément ; l'inflammation produite par le séjour des matières a tendance à diminuer, et l'organe reprend sa fonction normale, d'où amélioration de l'entéro-colite muco-membraneuse.

M. G. Sée nous a représenté l'atonie intestinale comme cause de la constipation qui forcément entraînerait l'entéro-colite.

Vers le milieu de la grossesse, les intestins étant repoussés, sollicités à se déplacer par une compression progressive et lente, on pourrait, nous semble-t-il, émettre l'hypothèse que, subissant l'influence du déplacement, ils seraient le point de départ de phénomènes réflexes. Ces phénomènes apportant un regain d'activité à des intestins fatigués et incapables de réagir, ne pourraient-ils pas faire naître chez ces derniers certains mouvements péristaltiques peut-être, qui favoriseraient le passage des matières fécales dans les diverses parties de l'intestin.

Nous verrions reparaître les selles régulières et disparaître le spasme. L'état général ne pourrait que s'améliorer et nous assisterions à la disparition momentanée sans doute, mais néanmoins flagrante, des phénomènes morbides de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Pourquoi cette affection ne serait-elle pas également

influencée par la grossesse, chez les malades pour lesquelles M. Dubois (de Berne) accuse une représentation mentale défectueuse?

Ne devons-nous pas nous attendre chez elles aux choses les plus incroyables? Atteintes de grande névrose, on pourrait les ranger dans le cadre des nerveuses.

M. Dubois prétend qu'il n'y a point de mouvement de l'âme sans retentissement de l'organisme. M. Esmonet a chaudement combattu sa théorie.

Nous montrant toujours impartial dans l'exposé des faits, il ne nous appartient pas ici de soutenir ou de combattre.

Faisons observer à M. Dubois (de Berne), que, même si on adopte sa théorie, la grossesse peut également agir d'une façon favorable sur ses malades. Les facultés affectives et psychiques sont modifiées durant la grossesse. Or ses malades ne sont que de véritables nerveuses, et tout comme ces dernières subissent la répercussion de l'état gravide. Nous n'ignorons pas que très souvent la grossesse a une bienheureuse influence sur ces femmes. Leur représentation mentale ne peut par conséquent qu'être favorablement influencée.

Après avoir essayé de prouver, quelle que soit la théorie à laquelle on se rallie, que la grossesse, dans la plupart des cas, peut influencer favorablement l'évolution de l'entéro-colite muco-membraneuse, on nous permettra de donner la préférence à la théorie de MM. Glénard, Boas, Jacot et Lyon.

Ces auteurs, en général, font remonter la cause de l'entéro-colite muco-membraneuse à l'influence des ptoses. On ne peut nier, en effet, combien elles sont fréquentes dans cette affection.

Dans la plupart des cas, nous voyons l'abdomen de

nos malades atteints d'entéro-colite, tomber en tablier, formant de véritables saillies; il n'est même pas rare de constater des cas d'éventration. Lorsque le malade se met dans le décubitus dorsal, la région hypogastrique se creuse et rentre en dedans. Toujours nous constatons une paroi abdominale complètement relâchée.

Le rein droit, quelquefois, obéissant à diverses influences qui le sollicitent, est presque complètement sorti de sa loge, est sur le point de devenir mobile. Nous voyons le côlon transverse, malgré ses trois points de suspension, descendre souvent dans la cavité abdominale.

Le ligament, de son extrémité droite relié à la dixième côte droite et au foie, se relâche très souvent. On juge alors de la gène qui peut survenir dans la progression des matières. Souvent aussi le ligament pylori-colique auquel M. Glénard attache une grande importance, peut tirailler sur l'estomac et le forcer à s'abaisser. Tous ces phénomènes nous conduisent à tous les symptômes de l'entéro-colite muco-membraneuse, c'est-à-dire, sensations de tiraillement, de pesanteur, de douleurs. La ptose favorise toujours la constipation et les muco-membranes ne tardent pas à apparaître.

Or nous n'ignorons pas quelle manœuvre proposée par M. Glénard calme les douleurs. Les malades se trouvant debout, on se place derrière, on leur passe les bras sous les aisselles, on porte les deux mains à plat sur le bas-ventre que l'on relève. Les malades éprouvent alors, au moment même de cette petite manœuvre, un sentiment de bien-être, véritable soulagement.

Vers le quatrième mois de la grossesse, la compression produite par l'utérus devient plus forte, plus soutenue, et les viscères sont maintenues, ce qui fait progressivement éprouver aux malades enceintes un réel bien-être.

En effet, à partir du troisième mois, l'accroissement de l'utérus gravide se fait principalement par le fond, qui tend à prendre une forme ovoïde nettement marquée.

La moitié droite de l'ovoïde, comme l'a si bien montré Hergott père dans sa thèse, se développe plus que la gauche. N'est-ce pas la partie droite du côlon transverse qui s'abaisse la première ? L'utérus atteint plus rapidement cette partie et la soutient tout en la soulevant. Vers la fin du quatrième mois, l'utérus se trouve peu au-dessous de l'ombilic ; il atteint alors et maintient entièrement le côlon transverse, car chez les femmes on trouve presque toujours cette portion de l'intestin au-dessous de l'ombilic.

Rarement d'ailleurs, le côlon transverse est transversal dans le vrai sens du mot ; sa direction est très variable, mais il a toujours une certaine tendance à glisser dans la cavité abdominale. L'extrémité gauche est toujours plus haute que la droite. Il forme une courbe à concavité à droite et en haut ; les extrémités étant plus profondes que la partie moyenne, il en résulte alors une convexité en avant, tout comme la paroi abdominale.

L'utérus gravide, augmentant de volume, atteignant cette portion d'intestin relâchée, exerce sur elle sa pression de bas en haut, lente et progressive, la refoule, la soutient, et, les organes revenus à leur place, les incidents douloureux s'amendent.

Mathieu et Potain ont signalé la coexistence fréquente de la néphroptose et de l'entéro-colite chez la femme.

M. Debove admet que le rein flottant chez la femme adulte est une des causes les plus fréquentes.

Mais c'est à Weber que revient le mérite d'avoir nettement mis en lumière son rôle provocateur à la Société de thérapeutique, dans la séance du 24 octobre 1891.

Il présente, en effet, une de ses malades qui avait été

soignée depuis fort longtemps pour de l'entéro-colite muco-membraneuse, affection dont elle souffrait encore lors de l'intervention qu'elle dut subir. On lui fit l'opération de la néphropexie ; en lui fixant son rein mobile qui l'incommodait, on ne tarda pas à voir disparaître tous les symptômes et phénomènes de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Il nous paraît alors plausible que ce soit bien la compression produite par l'utérus gravide, tendant à maintenir les viscères, qui apporte aux malades, lors du quatrième mois de leur grossesse, une période de soulagement et de calme jusqu'alors inconnus.

Les organes contenus dans la cavité abdominale sont soutenus, remontés, quelquefois même remis complètement en place par un utérus tendant toujours à envahir de plus en plus l'abdomen. Refoulant par son fond tous les organes qui sont en rapport avec lui, il agit de même quoique indirectement sur ceux qui, n'étant pas en rapports directs, ont eu tendance à descendre et sont venus au voisinage de ceux qui sont directement refoulés.

A notre avis, à la théorie des ptoses on doit associer l'influence mécanique et nerveuse. Les troubles mécaniques ont en effet pour conséquence inévitable des troubles dans les phénomènes chimiques de la digestion et favorisent, par l'obstacle qu'ils apportent à l'évacuation, l'irritation intestinale et la sécrétion des mucosités.

D'un autre côté, les différentes ptoses, par les tiraillements qu'elles font subir, ont fatalement leur répercussion sur les divers plexus abdominaux. Ces plexus sont tiraillés par le déplacement des organes qu'ils innervent, et le système sympathique ne peut que s'en trouver fâcheusement influencé.

On nous objectera sans doute que la grossesse favorise

les ptoses en produisant du relâchement de la paroi abdominale, en favorisant et causant même l'éventration. Ce sont des faits que l'on a constatés et que nous n'avons pas la prétention de nier. Mais on ne peut ne pas nous concéder qu'une autre grossesse survenant n'ait pas un effet favorable en remontant et soutenant les viscères relâchés, bref en leur faisant regagner la place qu'ils devraient occuper.

Non seulement cette compression ou plutôt cette contention par un utérus gravide apporte une amélioration aux ptoses, et de ce chef à l'entéro-colite muco-membraneuse que nous faisons dériver de là, mais parfois l'ablation de tumeurs abdominales, la résection de tumeurs utérines qui exerçaient cette compression a donné naissance à une recrudescence de l'entéro-colite muco-membraneuse (Obs. XI, XII: Deux cas de malades atteintes de fibromes, qui, après ablation de la tumeur, ont vu leur mal empirer et redoubler leurs troubles gastro-intestinaux).

En effet, ces tumeurs utérines devaient exercer une influence relativement salutaire par leur volume et leur accroissement, en maintenant refoulés et remontés les viscères dans la cavité abdominale. Sitôt réséquées, les intestins n'étant plus soutenus se sont relâchés, ont retombé en avant, la ptose s'en est accrue, et l'entéro-colite muco-membraneuse a redoublé dans ses manifestations.

Le tiraillement sur les plexus est devenu beaucoup plus intense, plus pressant, et les troubles n'ont cessé de s'accroître.

Jouaust nous a montré qu'en relevant les prolapsus utérins, et en traitant la néphroptose par la contention, on observait la disparition des troubles intestinaux.

Pour nous montrer impartial, nous mentionnons ici une observation publiée et communiquée par M. Thévenot.

le 10 février 1884, à la Société de médecine de Paris, la seule d'ailleurs que nous ayons trouvée dans nos recherches, et dans laquelle la grossesse aurait nettement eu une influence nocive sur la marche de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Mme X..., âgée de 34 ans. Rien de particulier du côté des fonctions intestinales jusqu'en 1875. Etant devenue grosse pour la cinquième fois, elle fut prise, à partir du quatrième mois, d'hémorragies intestinales menaçantes pour son existence même, et dont elle ne peut guérir qu'en se mettant à une diète rigoureusement lactée.

Six mois après, dans un séjour qu'elle fit en Suisse, elle remarqua pour la première fois que ses garde-robes étaient quelquefois rubanées ; elle commença à souffrir d'une douleur persistante dans le flanc droit. Depuis cette époque, elle ne peut aller à la selle qu'en s'asseyant dans un baquet d'eau froide ; elle n'éprouve jamais le besoin d'aller à la garde-robe, quoiqu'elle s'y présente tous les jours, parfois deux fois, et toujours avec un résultat. Elle n'a pas la sensation du passage du bol fécal, ce qui s'explique sans doute par une chute de la muqueuse dans une hauteur de 5 à 6 centimètres. Le calibre du boudin fécal varie de la grosseur du petit doigt à celle d'un crayon.

Depuis 1879, elle rend tous les jours des mucosités épaisses et des membranes blanchâtres. Par deux fois, elle rendit des membranes tubulées : la première fois, en 1879, quelques jours après l'accouchement, l'une avait 6 centimètres de longueur.

En 1881, après un avortement de trois mois, elle expulsa une masse de membranes tubulées qu'elle compare à un plat d'énormes macaronis. Il est à noter, dans ce deuxième cas, que l'évacuation et le rejet des fausses membranes se fit sans aucun malaise ni douleur.

Quelle conclusion pouvons-nous tirer d'un fait isolé, si ce n'est de nous retrancher derrière cette maxime, que toute règle comporte des exceptions.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Il ne rentrait pas dans le plan de ce travail de nous apesantir sur le traitement.

Nous ne pouvons pourtant passer complètement sous silence que divers moyens ont été employés pour remédier aux souffrances et aux troubles gastro-intestinaux entretenus par l'entéro-colite muco-membraneuse :

Purgations, lavages, massages abdominaux, eaux minérales, etc.

Tous les remèdes préconisés ont eu leurs bons résultats et leurs mécomptes.

Loin de nous l'intention d'instituer une médication nouvelle ; mais, d'après le travail que nous venons d'exposer et sans critiquer les autres traitements, il nous semble que, si les malades atteintes d'entéro-colite muco-membraneuse se munissaient après leurs couches d'une ceinture appropriée, capable de remonter et soutenir les viscères abdominaux, elles verraient, comme nous l'avons

observé nous-même, s'amender et disparaître les phénomènes morbides.

Nous donnons la préférence à la sangle de Glénard, qui jusqu'à ce jour nous a donné les meilleurs résultats.

CONCLUSIONS

I. — L'entéro-colite muco-membraneuse, maladie chronique se montrant de préférence dans le sexe féminin, serait en général due à la ptose viscérale.

II. — Pendant la deuxième moitié de la grossesse, l'utérus, par son ascension et son ampliation, corrige la ptose et entraîne une amélioration de l'état morbide.

III. — Cette amélioration est passagère, les symptômes réapparaissant après la grossesse.

IV. — Il serait utile de remonter et tenir en place, par une ceinture *ad hoc*, les viscères des femmes atteintes d'entéro-colite muco-membraneuse.

On obtiendra bien souvent par cet artifice le résultat satisfaisant que produit naturellement la grossesse.

OBSERVATIONS

Recueillies dans le service de M. le professeur Hayem, à la consultation des maladies de l'estomac et de l'intestin, faite par M. le docteur Bensaude, à l'Hôpital Saint-Antoine, à Paris.

Observation I

Mme Louise H..., 38 ans, rue Michel-Bizot, venue consulter en mai 1907.

Mère morte d'une maladie de cœur. Père encore vivant mais asthmatique. Comme maladies personnelles, a eu étant jeune la fièvre typhoïde.

Mariée à 25 ans. A eu 4 enfants dont 3 en bonne santé. Un mort de diphtérie. Souffre de l'estomac depuis dix ans, après sa première grossesse. Jamais de mélœna ni d'hématémèse. Très constipée depuis longtemps. Souffre énormément du ventre. A remarqué il y a huit ans, pour la première fois, que ses matières fécales étaient recouvertes de peaux et de glaires.

Les lavements, dont elle a constamment usé pour aller à la selle, ne lui font presque plus d'effet. Elle ne s'en est passée que vers le milieu de ses deux dernières grossesses, pendant lesquelles elle allait bien du corps et ne souffrait presque plus de son ventre jusqu'au terme.

Appétit faible, mais poids constant.

Observation II

Mme R..., corsetière, 39 ans, rue des Vinaigriers. Juin 1907.

Mariée à 19 ans. Bien portante durant son jeune âge. Aucune maladie. Leucorrhée. Fièvre puerpérale à 25 ans, à la suite d'un premier accouchement.

A partir de sa convalescence, douleurs au creux de l'estomac et au ventre. Ballonnement, nausées. Reste parfois 3 jours sans aller à la selle et remarque alors des membranes dans ses matières. Elle les compare à de la mousse de savon, puis des peaux et glaires. Appétit parfois diminué. Ni hématémèse ni mélœna. A 29 ans, grossesse gémellaire très mauvaise dans les débuts, mais s'améliore vers le 3e ou le 5e mois.

La malade, se sentant mieux, se croyait en voie de guérison.

Un mois après son accouchement, les mêmes douleurs reparaissent. Suit un régime. Prend des purges, du bicarbonate de soude, du charbon. Rien ne la guérit. Une troisième grossesse survient à 32 ans, qui fut bonne. Elle constata du mieux dans son état, vers la fin surtout. Souffre depuis quelque temps davantage. Les glaires sont très abondantes. A pris des lavements et des calmants.

Observation III

Mme S..., lingère, 28 ans, boulevard de la Chapelle. Juin 1907.

Mère morte paralytique ; père mort d'un cancer de l'estomac. Un frère et deux sœurs bien portants, le plus jeune des trois souffre de l'estomac.

N'a pas eu de maladies. A perdu à 11 mois un enfant mort de méningite. Il lui en reste encore deux qui se portent bien. Le dernier est âgé d'un an. A toujours été très constipée depuis ses règles, qu'elle a eues à 14 ans.

Mariée à 18 ans, a commencé ce moment-là à souffrir du ventre. Etouffements et grandes coliques. Remarque parfois des peaux dans ses selles, par crises. Toujours a eu de très bonnes grossesses, les deux dernières surtout, durant lesquelles elle se sentait très bien.

Depuis 6 mois, elle souffre encore plus et les muco-membranes sont plus abondantes.

A pris différents médicaments qui semblent être, à ses dires, de la belladone et du podophylin.

Observation IV

Léa C..., femme de ménage, 22 ans. Juillet 1907.

A été élevée et allaitée par sa mère. Réglée à 13 ans. Fièvre typhoïde à 15 ans. A 18 ans, commence à souffrir de l'estomac, ressentait un poids. Cette sensation augmen-

tait après le repas et l'obligeait à desserrer ses vêtements. Depuis cette époque, elle vomit des glaires après ses repas.

Toujours constipée, elle a commencé à voir des glaires et des peaux dans ses selles, après s'être mariée à 19 ans. Son mari paraît bacillaire. A eu deux enfants, dont un mort de méningite. Les grossesses furent très bonnes et son état s'améliorait vers le milieu de ses grossesses.

Observation V

Anna B..., chapelière, 36 ans. Juillet 1907, rue Geoffroy-Langevin.

Réglée à 13 ans. Fièvre typhoïde à 22 ans. Bien guérie. Péritonite à 32 ans. Souffre toujours du ventre. A eu trois enfants dont deux sont encore vivants et bien portants. Un est mort de pneumonie au cours de la rougeole. Deux fausses couches. Depuis deux ans, douleurs ont redoublé, crampes, estomac sensible, envies de vomir. Très constipée, a remarqué des peaux dans ses selles. Diarrhée parfois. A remarqué que, vers le 4e ou le 6e mois de ses grossesses, les douleurs de ventre et les peaux dans ses selles disparaissaient. Ni mélœna, ni hématémèse. Phénomènes morbides apparaissaient de nouveau après ses couches. Boit de l'eau. Mange peu.

Observation VI

Mme Adèle F..., brunisseuse, 36 ans, rue Rochebrune. Juillet 1907.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Mariée à 26 ans. Depuis cette époque, toujours constipée. Quelques renvois parfois, mais ne vomit pas. Souffre de douleurs au ventre qui arrivent tous les huit ou dix jours et se terminent par de la diarrhée. A remarqué que ses selles étaient ordinairement peu abondantes, dures et remplies de glaires comme du blanc d'œuf. Deux grossesses : la première fut très pénible jusqu'au huitième mois et pendant les deux derniers fut excellente, aucun phénomène morbide. Pendant la seconde, la constipation et les douleurs intestinales la firent beaucoup souffrir durant quatre mois, il y a de cela deux ans ; mais subitement un jour tout rentra dans l'ordre, elle eut une excellente grossesse jusqu'à la délivrance. Le mal revint quinze jours après les couches. Prend beaucoup de lavements. Une de ses voisines lui conseilla de porter une ceinture ; elle le fait depuis un mois, avec une sangle qu'elle s'est confectionnée en flanelle. Elle est soulagée.

Observation VII

Mme Thérèse B..., caissière, 50 ans, rue du Rocher. Juillet 1907.

Mari mort cirrhotique, il y a 6 ans. Pas de pertes. Bien réglée jusqu'il y a deux ans. Quatre fausses couches. Bartholinite. Souffre de l'estomac et de l'intestin depuis près de vingt ans. A toujours été très constipée et voit de tout temps et depuis très longtemps des peaux dans ses selles. Douleurs tous les trois mois, par crises. Ni mélœna, ni hématémèse. A eu une seule grossesse à terme, qui fut très bonne. Vers le cinquième mois, elle vit disparaître ses douleurs et observait du mieux dans sa constipation et le rejet de glaires. S'est médicamentée. Ceinture a donné de bons résultats.

Observation VIII

Mélina P..., ménagère, 32 ans, rue du Temple. Octobre 1907.

Depuis longtemps souffre sans cesse du ventre. A toujours été bien réglée. A continuellement ressenti une sensation de pesanteur après les repas. Très constipée, pas de vomissements. Depuis cinq ans maux de tête ; alternatives de diarrhée et constipation avec glaires dans les

lles. Depuis sa dernière couche, quelques filets de sang, fausses couches, ni autres maladies.

A toujours constaté que, vers le quatrième mois de ses grossesses, après un mois de vomissements, son état améliorait considérablement.

A pris de nombreux médicaments ; a subi des lavages destinaux. La ceinture de Glénard, modèle 1885, la soulage beaucoup.

Observation IX

Mme K..., ménagère, 30 ans, rue des Graviers, Octobre 1907.

Souffre de l'estomac depuis 7 ans. Brûlures au creux gastrique. Pas de vomissements. Renvois gazeux. Très constipée, a des peaux et des glaires dans les selles.

A eu deux enfants.

La première grossesse il y a 9 ans ; les troubles ont couté après.

Il y a trois ans, deuxième grossesse : la malade se sent mieux à partir du 4e mois.

Trois mois après l'accouchement les troubles revinrent.

Ovariotomie double. Migraines depuis.

Observation X

Léontine C..., ménagère, rue Rebeval. Octobre 1907.

Père et mère bien portants. A eu toutes les maladies du jeune âge : rougeole, coqueluche, etc. Mariée il y a 9 ans. A eu trois enfants : deux se portent bien ; un est mort de méningite.

S'est toujours médicamentée, car elle est bacillaire. Très constipée. Sujette aux ballonnements et palpitations. S'est depuis longtemps aperçue qu'il y avait des glaires dans ses matières.

Au moment de ses grossesses, qui ont toutes été très bonnes, elle se sent bien dès le troisième mois.

Ne voit jamais sa santé aussi bonne que lorsqu'elle est enceinte. Ne ressent ni malaise, ni ballonnement; est bien moins constipée et ne voit plus de muco-membranes.

Un peu d'albumine dans ses urines.

Observation XI

Henriette C..., employée de commerce, 42 ans. Juin 1907.

Est venue pour douleurs gastriques. Se plaint de sensation de tension. A été opérée d'un fibrome le 15 janvier. Depuis ce moment, douleurs plus intenses et apparition de glaires et mucosités dans les selles.

Observation XII

Maria J..., ménagère, 32 ans, rue des Marquettes.

A eu deux enfants. Opérée d'un fibrome il y a deux ans. Toujours très constipée. Digestions pénibles. Depuis son opération, les troubles gastro-intestinaux ont empiré. Quelquefois rejet de fausses membranes et glaires dans les selles. Sensations de poids à l'estomac.

Douleurs abdominales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aldovo. — Sur le traitement du catarrhe chronique du gros intestin par les lavements (Berliner klinische Wochenschrift, 11 mai 1903).

Baraduc. — L'entéro-colite muco-membraneuse (Paris, 1905, Masson).

Bardet. — Trait. de l'entéro-colite par le trait. gastrique (Soc. de thérap., 7 décembre 1904).

Barth. — Bull. de la Soc. méd. des hôp., 17 mars 1897.

Bernard. — Presse médicale, 17 juin 1903.

Billaud. — Gaz. méd. de Nantes, 28 janvier 1905.

Blondel. — De la colite muco-membraneuse envisagée dans ses rapports avec les affections gynécologiques (Soc. thérap., 10 nov. 1897).

Bouchard. — Maladies par ralentis. de la nutrition, p. 65, 264, 274.

Bouloumié. — Bull. gén. de thérap., 30 janvier 1905.

Breton. — Journ. des prat., 28 mars et 4 avril 1903.

Bottentuit. — Etiologie et traitement de la colite muco-membraneuse (Brit. med. Journ., 27 juin 1903).

Combe (A.). — Traitement de l'entéro colite muco-membraneuse.

Dalché. — Bull. méd., n° 36, 7 mai 1904.

Dieulafoy (G.). — Manuel de pathol. interne, t. III.

Edhein. — Comment faut-il dénommer l'entéro-colite muco-membraneuse? (Société de thérapeut., 17 décembre 1904).

Edwards. — Membranous enteritis (American Jour. of. med. sc., avril 1888).

Enriquez et Grenet. — Pathogénie et traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse (Bulletin médical, 6 juin 1906).

Esmonet. — L'entérite muco-membraneuse (Bulletin et Mémoire de la Société de médecine et de chirurgie prat., 1906, n° 6).

FROUSSARD. — Etude clinique de l'entéro-colite muco-membraneuse (Presse médicale, n° 72, 29 août 1900).

— Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse (Thèse Paris, 1900).

— L'entéro-colite muco-membraneuse (Maloine, 1904).

GLÉNARD. — Relation de l'entéro-colite muco-membraneuse avec les ptoses viscérales (Bullet. Acad. de méd., 20 avril 1897).

ISAAC. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-memb. (Thèse Paris, 1900).

JOGIC (M.). — De l'histologie des entérites membraneuses (Wiener klin. Rundschau, 1907).

JOUAÜST. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-memb. (Th. Paris, 1904).

— Traitement des entérites (Collection des actualités médicales. J.-B. Baillière, 1905).

KOKORIS. — De la colite aiguë primitive (Wiener klin. Wochenschrift, 18 mai 1905).

LABOULBÈNE. — Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, 1861.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherches sur le plexus solaire (Thèse de Paris, 1903).

DE LALAUBIE. — Revue des maladies de la nutrition, janvier 1905.

LANGENHAGEN. — Semaine médicale, n° 1, 1898.

LARDIER. — Le Mois thérapeutique, 15 avril 1903.

LASÈGUE.— Etude médicale, t. II, p. 404.

LE GENDRE. — Importance thérapeutique de l'élément névropathique dans la pathogénie de la colopathie (Bull. Société médicale des hôpitaux, 17 mars 1897).

LEMOINE. — Le Nord médical, 15 octobre 1904.

LETCHEFF.— L'entérite muco-membraneuse chez les utérines (Thèse Paris, 1895).

MARKEL. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse et son traitement (Thèse Paris, avril 1903).

MATHIEU (A.). — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.

MATHIEU (A.) et ROUX (J.-C.). — Constipation anatomique et spasmodique (Gazette des hôpitaux, 1905).

POTAIN. — De la colite chronique (Semaine médicale, 1887).

Robin (A). — La pathogénie et le trait. de l'entéro-colite muco-membraneuse (Journal des prat., 4 avril 1903).

Roux (J.-C). — Le mucus dans le contenu de l'intestin grêle et du gros intestin à l'état normal (Société de Biologie, 7 avril 1906).

Sée (G). — Des dyspepsies gastro-intestinales, 1881.

Simon (L.-G). — Contribution à l'étude de l'appareil lymphoïde de l'intestin (Th. Paris, 1904).

Soupault (M.) et Jouaust (M). — Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, n° 9, 10 mars 1904.

Trémolières (F). — L'entéro-colite muco-membraneuse (Th. Paris, 1906).

Vouzelle (L). — De la colite muco-membr. neuse (Th. Paris, 1899).

Weber (G). — Colite pseudo-membraneuse et ptoses (Bulletin de la Société de thérapeutique, 12 mai 1897).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 novembre 1907.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil d'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 novembre 1907.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!